LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Un cas d'albuminurie intense, continue, datant au moins de 7 années, avec conservation de la santé, par le Dr A. de Crésantignes, 321. — Considérations sur le traitement du tuberculeux pulmonaire, par M. le Dr Leudet, 323. — **Revue de la presse** : La mort par l'électricité, Prof Kratter et Graz, 324. — **Académie des sciences** : *Séance du 11 mai.* — Présidence de M. A. Cornu, 325. — Des effets produits sur certains animaux par les toxines et les antitoxines de la diphthérie et du tétanos injectées dans le rectum, 325. — **Académie de médecine** : *Séance du 19 mai.* — Présidence de M. Hervieux, 325. — Mort de M. G. Sée, 325. — Pathogénie de l'appendicite, 325. — Procédé de restauration des pertes de substances étendues de la voûte palatine, 325. — Du gaïacol comme anesthésique local, 326. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 29 mai.* — Présidence de M. d'Heilly, 326. — Lupus éléphantiasique du membre supérieur, 326. — Stéthographie bilatérale, 326. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 14 mai* 1896, 327. — Anévrismes chez les syphilitiques, 327. — Trois cas d'hydrargyrie cutanée, 327. — Chancre syphilitique de la lèvre, 327. — Syphilis héréditaire et infantilisme, 328. — Erythrodermie exfoliatrice syphiloïde avec iritis double chez une malade atteinte de kyste de l'ovaire, 328. — Sur un nouveau cas de maladie de Darier, 328. — Sur deux cas d'ulcus rodens, 328. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 9 mai* 1896. — Présidence de M. Ladreit de Lacharrière, 329. — Rapport sur la candidature de M. Ed. Ehlers (de Copenhague) au titre de membre correspondant étranger, 329. — La bactériologie à la campagne; résultats pratiques de l'examen de 27 angines blanches observées pendant l'année 1895, 330. — De la phonendoscopie ou projection phonique des organes avec l'auscultation des vibrations spontanées ou provoquées, 330. — *Séance du 16 mai.* — Présidence de M. Ladreit de Lacharrière, 330. — Rapport sur la demande de M. Perrin au titre de membre honoraire, 330. — Rapport sur le travail du Dr Brunet : « la Bactériologie à la campagne; résultats pratiques de l'examen, de 27 angines blanches en 1895 », 331. — Considérations sur le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Rapport sur la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire, 331. — **Société de chirurgie** : *Séance du 20 mai* 1896. — Présidence de M. Routier, 331. — Cholécystectomie et Cholécystotomie, 331. — Choédochotomie. 332. — Ulcère blennorrhagique, 332. — Lipome énorme de la jambe chez un enfant de 5 ans. Ablation. Guérison, 332. — Péritonite généralisée, suite d'appendicite Laparotomie. Guérison, 332. — Appendices réséqués, 332. — Anévrisme traumatique du creux poplité. Incision large du sac, 332. — **Société française de laryngologie, otologie et rhinologie**, 332. — **Memento pratique**, 333. — **Nouvelles**, 334. — **Bulletin bibliographique**, 336.

CLINIQUE MEDICALE

Un cas d'albuminurie intense, continue, datant au moins de 7 années, avec conservation de la santé.

Par M. le Dr A. de Crésantignes

Le sujet dont je veux vous entretenir est un homme de 67 ans, de taille peu élevée, large d'épaules, ayant un certain embonpoint et présentant toutes les apparences d'une excellente santé.

Il y a sept ans, il eut quelques troubles de santé assez mal définis entre autres de la perte de l'appétit. Un médecin fut appelé qui, procédant à un examen complet, fit faire l'analyse des urines; on découvrit qu'elles contenaient de l'albumine plus de 2 gram. et du sucre (32 gram. par 24 heures). L'amélioration ne tarda pas à se manifester, mais toujours, depuis cette époque, et sans aucune interruption, le sujet présenta de l'albuminurie, sans cesser pour cela d'être bien portant.

Je n'ai pas relevé d'antécédents héréditaires; aucune maladie antérieure, aucune manifestation articulaire, pas de grippe, pas d'alcoolisme, pas de syphilis.

Actuellement, tous les organes sont sains : appareil digestif, appareil circulatoire, voies urinaires, poumons, enveloppe cutanée; le contrôle de cet état d'intégrité a été fait par le Prof Dieulafoy qui a bien voulu examiner mon client récemment. Il n'y a jamais eu aucune trace d'œdème.

L'examen fonctionnel ne révèle rien de particulier; aucun symptôme de Brightisme, ni à l'heure actuelle ni dans le passé : résistance normale à la fatigue; pas d'amaigrissement.

Depuis 7 années, chaque mois, les urines ont été examinées, la plupart par M. Lafon, le chimiste bien connu. Le graphique que j'ai construit permet de relever les particularités suivantes :

La quantité des urines des 24 heures s'est montrée variable d'une analyse à l'autre, depuis 7 ans; on peut dire d'une façon générale qu'elle a été très supérieure à la normale, car, si l'on faisait la moyenne, on arriverait à un peu plus de 2 litres, les chiffres extrêmes ayant été de 3 litres (maximum) et de 1 litre 1/2 (minimum). La courbe montre que la polyurie a été plus considérable dans les commencements qu'à l'heure actuelle où la quantité des 24 heures tend à se rapprocher de 1 litre 1/2.

L'urée a toujours, sauf dans une ou deux analyses, été excrétée proportionnellement à la quantité de l'urine; les chiffres trouvés ont presque constamment été très supérieurs à la normale; ils ont atteint 48 grammes.

L'acide urique, dans les 5 dernières années, a toujours présenté un chiffre normal — environ 0,60 par 24 heures; auparavant ce produit était éliminé dans des proportions bien supérieures — jusqu'à 1 gr. 60.

Les phosphates ont été et sont en quantité normale; rien à signaler pour les chlorures.

J'arrive aux éléments anormaux.

Le sucre n'a jamais été constaté d'une manière constante : et il est arrivé que jusqu'à douze analyses mensuelles consécutives aient été pratiquées sans qu'il en ait été trouvé. Jamais la quantité n'en a été considérable sauf dans une analyse qui a donné

140 grammes par 24 heures après une tentative de régime exclusivement végétarien faite par Dujardin-Beaumetz; en général il ne s'agissait que de 15 à 40 grammes.

L'albumine est l'élément qui doit nous intéresser le plus; jamais une analyse ne s'est montrée négative. Le chiffre le plus faible qui ait été observé — et une seule fois en 7 ans — a été 1 gramme; le plus élevé 6 gr. 50, celui constaté il y a peu de temps. Mais on peut dire d'une façon générale que depuis 6 ans l'albuminurie a tendance à devenir plus considérable, car, dans les premiers temps, il s'agissait d'un peu plus de 2 grammes tandis que maintenant la quantité oscille entre 5 et 6 gr. 1/2 par 24 heures. Existe-t-il un rapport entre le volume des urines et la quantité d'albumine qui y est contenue? Le graphique montre que la plupart du temps, mais non constamment, plus il y a d'urine, plus le chiffre de l'albumine augmente, et inversement. Mais, ce qui n'est pas douteux, c'est que la proportion d'albumine contenue dans un litre d'urine va en augmentant à mesure que les mois s'ajoutent aux mois. Je n'ai pu tirer aucune conclusion au sujet de l'influence des derniers éléments, digestion, travail musculaire, sommeil, sur l'albuminurie.

L'examen microscopique des éléments urinaires a permis de relever à chaque analyse des éléments figurés de provenance rénale : tubes hyalins, cylindres épithéliaux granulo-graisseux.

Une autre analyse d'urines a été pratiquée par M. Gautrelet suivant la méthode qui lui est particulière. Voici ce qu'il a trouvé : acidité totale près de 5 fois supérieure à la normale, augmentation des chlorures, diminution relative de l'acide phosphorique; comme éléments anormaux, outre le sucre et l'albumine, de l'indican, du skatol, des peptones.

Un certain nombre de points méritent de fixer l'attention et d'être discutés.

A quelle cause est due cette albuminurie permanente? Il ne s'agit évidemment d'aucune de ces formes de néphrite que l'on décrivait, il y a quelques années encore, sous le nom de néphrite parenchymateuse et de néphrite interstitielle. La première avait pour signes principaux des urines rares, très chargées d'albumine, avec œdèmes considérables, pâleur des tissus et marche très rapide; la seconde, dont l'évolution pouvait être de longue durée, comportait de petites quantités d'albumine, des phénomènes urémiques fréquents, le retentissement sur le cœur (bruit de galop), l'athérome artériel, sans compter la fréquence des rétinites, des hémorragies, des inflammations viscérales.

On ne peut invoquer non plus l'existence de l'albuminurie dite « physiologique », car, d'après Senator, pour admettre ce diagnostic, il faut que les conditions suivantes soient réunies : absence de tout état morbide actuel ou antérieur — peu d'albumine (0,40 à 0,50 par litre) — urine normale quant à son volume, sa densité, sa composition — courte durée du phénomène observé — absence d'éléments figurés.

Mon opinion est que mon client présente un albuminurie *dyscrasique*. La composition des urines, reflet de celle du plasma sanguin, montre bien que les échanges vitaux sont défectueux, qu'il s'agit d'un ralentissement de la nutrition, d'une diathèse arthritique. Le sujet de mon observation est d'ailleurs assez obèse, il présente de la glycosurie par périodes; de plus, il y a sept années, lors des premières analyses d'urines, on a trouvé pendant plusieurs mois consécutifs une augmentation d'acide urique variant du double au triple du chiffre normal.

Les reins sont-ils oui ou non indemnes? Il me semble difficile d'admettre que ces organes soient normaux, tous les examens microscopiques montrent que le sédiment urinaire renferme des cylindres épithéliaux, des globes hyalins, des cylindres granulo-graisseux en quantité plus ou moins considérable; de plus la quantité d'albumine augmente, ce qui est encore une présomption.

Mais, à défaut de l'anatomie pathologique, la clinique nous montre que ces lésions doivent avoir quelque chose de spécial, car si les reins ne peuvent s'opposer au passage de l'albumine, ils n'en sont pas moins parfaitement suffisants à dépurer le plasma sanguin et à assurer l'élimination des poisons de l'économie. Il y a *dissociation des actes morbides des reins*, selon l'expression si heureuse du Prof. Dieulafoy. Ce caractère, joint à beaucoup d'autres entre autres la grande lenteur de l'évolution morbide permet de détacher cette forme de néphrite — puisque néphrite j'admets — des formes qui constituent les maladies de Bright proprement dites.

Le pronostic du cas dont je m'occupe peut être déduit des considérations qui précèdent. On remarquera combien la déperdition quotidienne de 5 à 6 grammes d'albumine est bien supportée, l'état général ne semble pas s'en ressentir; mais la question est de savoir si un jour, sous une influence quelconque, le rein ne se trouvera pas dans l'impossibilité de continuer le rôle d'émonctoire qu'il remplit à l'heure actuelle d'une façon suffisante. Il faut évidemment faire des grandes réserves pour l'avenir. D'autre part cependant, on trouve dans l'ouvrage de Dieulafoy la relation de quelques faits qui peuvent nous rendre optimistes; ils sont rapportés d'après Hawkins (Société clinique de Londres) : « l'un concerne un homme robuste, âgé de 49 ans et fortement albuminurique depuis 25 ans, l'autre un médecin qui reste albuminurique pendant 43 ans, sans devenir brightique, alors que Bright, qu'il avait consulté plus de 30 ans avant lui avait prédit une mort inévitable à bref délai. D'autres cas personnels à M. Dieulafoy sont encore cités dans son livre. A la Société de médecine et de chirurgie pratiques, à laquelle j'ai déjà communiqué

la présente observation, MM. Tison, Caseaux, Lutaud, Dignat ont rapporté des cas analogues ou semblant analogues.

Je voudrais ajouter quelques mots au sujet du traitement. Le lait a naturellement été essayé à titre de régime exclusif; mais comme, après une expérience suffisante, j'ai constaté qu'il n'abaissait pas le taux de l'albumine, que d'ailleurs mon client le supportait mal et perdait ses forces, je ne l'ai pas maintenu. Dans les albuminuries dyscrasiques, il n'y a donc pas d'avantage à instituer le régime lacté quand ce régime ne diminue pas l'albuminurie : M. Dieulafoy est également de cet avis. Mais il est évident que nous y aurions recours d'une façon absolue à l'apparition du moindre signe de brightisme, où encore si les urines venaient à diminuer et s'il se produisait de l'œdème. Aucun des nombreux médicaments que j'ai employés ne m'a d'ailleurs donné de résultats pour obtenir la diminution de l'albumine, à l'exception toutefois des alcalins à doses assez élevées. Je m'en tiens donc à instituer une bonne hygiène, à administrer des substances destinées à combattre l'arthritisme ou tout au moins à alcaliniser davantage le plasma sanguin.

Il m'a semblé intéressant de rapporter cette observation et de profiter de l'expérience que mes collègues ont pu acquérir relativement à ces sortes d'albuminuries, qui ne sont peut-être pas très rares, mais qui, assurément, ne sont pas aussi connues qu'elles méritent de l'être.

Considérations sur le traitement du tuberculeux pulmonaire

Par M. le Docteur Leudet

Lorsque vous m'avez vu, dans une de nos dernières séances, accepter la proposition de notre Président, et promettre de venir ici vous parler du traitement de la phtisie pulmonaire, vous n'avez pu vous méprendre sur le caractère et la portée de mon intervention.

Il n'est jamais entré dans votre esprit, n'est-il pas vrai ? que je dûsse aborder une telle étude dans son ensemble et dans sa complexité. Passer en revue les innombrables médications, que les médecins de tous les temps et de tous les pays ont employées pour combattre la plus grave et la plus universelle des maladies de l'espèce humaine, ce serait faire l'histoire des variations de la médecine ; ce serait aussi, j'en ai peur, tomber dans les lieux communs ou dans de vagues généralisations.

Je désire simplement vous présenter quelques considérations sur la pathologie et la thérapeutique générales du phtisique, sur les conditions pathogéniques multiples auxquelles il obéit ; et pour mieux saisir les indications thérapeutiques, dont il relève, je ne m'occuperai que d'un seul malade, celui que j'appellerais volontiers le phtisique bien portant, celui que nous déplaçons à notre gré, que nous envoyons à la campagne, à la mer, aux eaux, dans le Midi, dans les montagnes. Ce malade-là nous intéresse tout particulièrement ; car il est plus qu'un autre susceptible d'amélioration durable, ou même de guérison définitive. Vous le connaissez tous, et je n'ai pas besoin de le définir. Permettez-moi cependant de vous esquisser quelques-unes des physionomies qu'il nous offre.

C'est le jeune homme qui, sans tare personnelle ou familiale, se met à tousser au sortir du collège Les signes, indécis d'abord, se dessinent peu à peu, et finissent par prendre le caractère d'un engorgement, d'une induration fixe au sommet d'un des poumons.

C'est la jeune fille dont la menstruation s'établit difficilement, que nous qualifions de chlorotique, et qu'une hémoptysie soudaine avec détermination pulmonaire invariable range définitivement dans la classe des tuberculeux.

C'est un adulte, avec une hérédité malsaine, qui à la suite d'une pleurésie, datant de 2, 3 ou 4 ans, et sans gravité apparente, voit un beau jour sa santé s'altérer sérieusement, et chez lequel nous constatons les craquements caractéristiques du second degré.

C'est un autre adulte, plus âgé celui-là, qui parvient à 40 ou 50 ans, qui toute sa vie a toussé, a craché du sang, a eu des bronchites graves avec fièvre, qui s'est toujours relevé, et qui nous présente une caverne, dont les frontières sont faites de tissu fibreux.

Ce sont tous ces délicats de poitrine, tous ces malingres de constitution, qui côtoient la phtisie sans jamais tomber dans la consomption, et qui, quel que soit le degré de leur lésion pulmonaire, vivent et meurent avec une localisation spécifique, qui jamais ne se généralise.

Ne cherchez pas dans l'observation des phtisiques la fixité des traits de la maladie expérimentale. Chez nos malades, la nuance dans les signes, l'indécision dans la marche, la variabilité dans les terminaisons, sont la règle. A l'encontre du physiologiste qui, maître de la cause et la maniant à son gré, la fait pénétrer dans des organismes asservis, dont les résistances sont brisées, dont les aptitudes physiologiques ou pathologiques sont indifférentes; qui ne voit et n'étudie en fin de compte que la puissance d'un poison qu'il espère atténuer ou vaincre, nous sommes, nous médecins, les simples témoins d'une lutte que nous n'avons pas provoquée. La force de l'assaillant comme la qualité de l'assailli ne sont pas notre œuvre. Nous devons démêler, dans les diversités et dans les irrégularités du drame qui se déroule sous nos yeux, les éléments d'information propres à fixer notre pronostic et notre traitement.

Depuis 20 ans, la thérapeutique du phtisique oscille

entre deux méthodes de traitement: l'une, étiologique et microbienne, l'autre, purement et simplement hygiénique. Ce n'est pas assez dire. Depuis les mémorables travaux de Villemin, et surtout depuis la découverte du bacille tuberculeux, le clinicien ne s'est préoccupé que de la maladie. Il a paru oublier le malade. La parole étant au laboratoire, il a fait comme l'expérimentateur; il n'a vu et il n'a voulu voir que la cause ; partant, il n'a poursuivi qu'un but, atteindre le microbe et le détruire.

La notion du bacille primant ainsi celle du malade, et la considération du germe ou de la graine l'emportant sur celle du terrain, l'organisme avec ses réactions multiples, avec ses modalités cliniques variées, avec ses appropriations thérapeutiques diverses, est devenu peu-à-peu, je ne dirai pas une quantité négligeable, mais un élément secondaire pour la solution du problème posé.

Comme la seule médication qui s'imposât était la modificâtion étiologique, celle qui dérive de l'origine et de la nature du mal, on se mit à la recherche des virus-vaccins, des sérums préventifs ou immunisants, et des médicaments spécifiques.

Pendant qu'on les cherchait, et quoiqu'on ne les trouvât pas, les médications traditionnelles, celles qui s'adressent à l'individu, furent délaissées, tenues en suspicion, déclarées impuissantes, plus ou moins abandonnées, et finalement remplacées par les agents de l'hygiène, l'air et l'alimentation.

La question en est encore là aujourd'hui. En l'absence d'une médication uniforme, spécifique, d'une thérapeutique qui vise la cause, qui détruit le germe ou l'empêche d'évoluer, devons-nous, pour traiter nos phtisiques, nous contenter des seuls secours de l'hygiène, et reléguer au second plan les agents de la thérapeutique, parmi lesquels je mets au premier rang les Eaux minérales? Voilà le problème.

Pour le résoudre, interrogeons les faits, et, pour les faire parler, précisons nos questions, en choisissant nos malades.

Ici, je demande à la Société de me permettre de faire une incursion dans le domaine de l'hydrologie et de la climatologie, et de prendre mes exemples dans les médications que je connais le mieux.

Le phtisique nous offre trois sources principales d'information thérapeutique : son poumon, son appareil circulatoire, son appareil digestif.

Rien n'est plus irritable et rien n'est plus tolérant que le poumon du poitrinaire. Si les remèdes doux conviennent aujourd'hui, les remèdes forts conviendront demain. Et par remèdes doux et forts, je n'entends pas opposer l'un à l'autre l'air l'arsenic et le soufre, l'arsenic qui blanchirait le tubercule et le soufre qui le congestionnerait. On a singulièrement abusé des mots, et pour les besoins d'une cause qui n'a rien de scientifique, lorsque, pour caractériser les effets des cures thermales de l'Auvergne et des Pyrénées on a voulu faire de la *substitution* ou de *l'action de surface* le facteur unique de la cure sulfureuse, et de l'action *altérante* ou *nutritive* la caractéristique des cures arsénicales ou chlorurées-sodiques.

(A suivre.)

REVUE DE LA PRESSE

La mort par l'électricité. Prof. Julien KRATTER et GRAZ (*Vien. Klin, Woch.* n° 18, 1896).— J. Kratter, qui a fait de nombreuses expériences sur l'action des courants de haute tension, a divisé ses recherches en trois catégories, suivant qu'elles ont été faites avec un courant alternatif secondaire de 100 volt, un courant alternatif primaire de 1,500 v, et un fort courant secondaire de 1,926 v. Voici les résultats que l'auteur a tirés de ses recherches : le danger du courant électrique augmente avec sa tension mais non dans les mêmes proportions; la durée du contact est très importante pour la conséquence de cette action, qui devient très grave si le contact est prolongé. Si l'on fait agir le courant à plusieurs reprises, la mort peut en résulter bien que le contact ne soit pas prolongé. Tous les animaux ne ressentent pas à un égal degré l'action du courant, les cobayes et les lapins sont très résistants.

Les phénomènes observés sont le tétanos généralisé avec arrêt de la respiration, tandis que les mouvements du cœur continuent. Cependant le cœur peut s'arrêter et la mort survenir. Mais c'est toujours la respiration qui s'arrête la première, ce n'est qu'ensuite que les battements du cœur se ralentissent en amenant une augmentation de la pression sanguine. L'action primitive des courants intenses porte sur toute la moelle et le bulbe en excitant tous les centres moteurs. Cette hyperexcitation subite amène une paralysie passagère ou même persistante, ce qui détermine la mort.

Chez l'homme, l'action des courants intenses se traduit d'abord par la perte de connaissance, puis par des troubles nerveux légers, quelquefois par des maladies plus longues, semblable au Railway-Spine. Des brûlures se produisent aux points de contact. Dans les cas mortels les lésions ressemblent à celles de la suffocation ; il peut survenir de petites hémorragies dans les méninges et dans l'épendyme du quatrième ventricule. Dans un cas Kratter a trouvé des hémorragies dans la gaîne du pneumogastrique et des points hémorragiques symétriques le long des vertèbres cervicales et dorsales. Les hémorragies indiquaient apparemment la voie suivie par le courant. Leur distribution tenait sans doute à la différence de résistance des tissus,

En résumé, d'après Kratter, la mort par l'électricité est due à une paralysie des centres respiratoires, ce qui est une forme particulière de l'asphyxie.

L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 mai. — Présidence de M. A. Cornu.

Des effets produits sur certains animaux par les toxines et les antitoxines de la diphtérie et du tétanos injectées dans le rectum. — M. Paul Gibier adresse une note exposant des expériences d'où l'on peut conclure que :

1° Chez les lapins, le chien et le cobaye tout au moins, l'injection rectale de doses relativement massives de toxines diphtéritique ou tétanique n'est suivie d'aucun effet apparent ;

2° L'injection rectale des mêmes doses fortes de toxines, un grand nombre de fois répétée, ne produit pas le moindre degré d'immunité à l'égard de la toxine ainsi injectée ;

3° L'injection rectale de doses d'antitoxines (*diphtérie* et *tétanos*) mille fois plus volumineuses que l'injection sous-cutanée préventive est impuissante à prévenir la mort produite par une dose minima de toxines de la diphtérie ou du tétanos ;

4° La muqueuse rectale retient les principes des toxines et des antitoxines, si elle ne les détruit pas. Dans le cas où elle en permettrait l'absorption, il faudrait admettre que ces substances, transportées par le système porte jusqu'au foie, sont détruites par cet organe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 mai. — Présidence de M. Hervieux

Mort de M. G. Sée. — M. le Président annonce à l'Académie la mort du professeur G. Sée et fait l'éloge de sa fécondité et de ses différents travaux.

M. Landouzy lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe au nom de l'Académie (Applaudissements).

M. Fournier présente de la part de MM. les Drs Oudin et Barthélemy des photographies d'os d'une femme acromégalique, d'un homme atteint de rhumatisme blennorragique avec nombreuses lésions des extrémités osseuses articulaires, et les photographies d'une ankylose traumatique du coude.

Pathogénie de l'appendicite. — M. Poncet (de Lyon), désire se placer sur le terrain de la pathogénie, en interprétant 71 observations d'appendiculaires opérés dans son service, les 71 opérations se divisent en 2 catégories : 1° des laparotomies avec résection de l'appendice, 2° des laparotomies iliaques ou médianes qui n'ont pas permis de voir et de reconnaître l'appendice qui a été laissé en place.

On ne peut tenir compte que des cas dans lesquels l'appendice a été enlevé et examiné avec soin. 5 fois sur 15 l'appendice était rectiligne, sans déformation d'aucun genre, sans flexion, sans rétrécissement ; il communiquait avec le cœcum à plein canal, sans contenir aucun corps étranger.

Il résulte de ces faits que la pathogénie de l'appendicite est au moins très variable et que la théorie du vase clos proposée par M. le Pr Dieulafoy est loin de s'appliquer à tous les cas. Déjà M. Talamon faisait jouer un rôle aux agents pathogènes normalement contenus dans la cavité de l'appendice, mais M. Roux (de Lausanne) a montré la tolérance de l'appendice chez le cochon pour les corps étrangers qu'il avait introduit dans la cavité appendiculaire. Il faut donc invoquer avant tout une cause, l'infection, sans nier le rôle des causes mécaniques, mais ces dernières ne sont que des causes adjuvantes.

Un autre argument contre le rôle de l'occlusion est fourni par la thèse d'un médecin militaire M. Lafforgue (Lyon 1896). Ce médecin a rapporté plusieurs observations d'appendices devenus kystiques ou d'appendices complètement oblitérés trouvés à l'amphithéâtre chez des sujets qui n'avaient présenté aucun symptôme d'appendicite. Un appendice à cavité close n'est donc pas forcément voué à l'inflammation.

Quant à l'appendicite familiale, que l'on voulait expliquer par la transmission de certains vices de conformation, il paraît plus simple de n'y voir que la transmission d'une prédisposition.

La lithiase appendiculaire ne saurait non plus entrer en ligne de compte dans la genèse des accidents.

M. Poncet signale en terminant la proportion des cas de mort chez ses malades. Sur 71 observations : il y a 12 résections à froid, 12 guérisons ; 2 cas d'appendicite infectieuse suraigue, 2 résections, 2 guérisons ; 33 incisions pour phlegmons intra ou extra-péritonéaux ont donné 27 morts, 6 guérisons. Ce qui fait, dans ce dernier cas, le pronostic de l'appendicite, c'est l'état général du malade ; enfin 13 observations d'appendicite gangréneuse avec péritonite généralisée ont donné 13 morts.

Procédé de restauration des pertes de substances étendues de la voûte palatine. — M. Delorme. Pour oblitérer les pertes de substance de la voûte palatine, deux méthodes sont employées : la prothèse, l'autoplastie. La dernière, la seule dont je parlerai, emprunte à la muqueuse périostique voisine de la perte de substance, sur la voûte palatine ou sur elle et le vomer, des lambeaux latéraux ou antéro-postérieurs qu'elle déplace plutôt qu'elle ne les libère et qu'elle réunit ensuite.

Mais pour réussir il ne faut pas que la perte de substance soit trop large ou trop antérieure. Comme l'a dit Trélat, si l'étroitesse des parties est telle qu'on ne puisse trouver sur les parties latérales de la fente une largeur de 12 à 13 millimètres à donner au lambeau, l'opération se présente dans des conditions défavorables ; si on ne peut trouver que 10 millimètres, il vaut mieux y renoncer.

Dans ces cas, on en est réduit a faire appel à la prothèse.

Le procédé d'autoplastie que je recommande présente précisément tous ses avantages dans ces cas de pertes de substances étendues. Il permettrait d'oblitérer des orifices ou des fentes de 6 centimètres de long sur 2 à 3 de large et même plus.

Il consiste à détacher de la muqueuse de la joue un lambeau en forme de T à la base postérieure adhérente. Son pédicule horizontal qui correspond à l'espace inter-dentaire et qui ménage le canal de Sténon, se continue en avant avec un deuxième lambeau vertical rectangulaire dans son

ensemble, d'étendue variable, taillé derrière la commissure labiale. Ce lambeau disséqué est retourné à angle obtus, les bords de la branche verticale ou antérieure du T sont fixés à ceux de la perte de substance et, pour éviter que la base du lambeau ne soit coupée entre les deux arcades dentaires-on interpose entre elles un appareil qui les maintient écartées jusqu'au moment jugé propice pour la section du pédicule.

Le traitement consécutif est celui de toute palatoplastie. On pourrait redouter d'éprouver quelque difficulté à combler la perte de substance de la muqueuse jugale. Déjà la répétition de ce procédé sur le cadavre montre la facilité avec laquelle les bords de la plaie si écartés se rapprochent grâce à l'extensibilité de la muqueuse. J'ai constaté le fait sur le vivant deux fois : une fois sur un malade auquel j'ai refait un bord muqueux de lèvre inférieure en empruntant à la muqueuse jugale un grand lambeau, et une seconde fois sur un malade chez lequel, il y a quelques jours, j'ai employé le procédé que je viens de décrire

Chez cet homme, qui présentait une perte de substance de la voûte palatine de deux centimètres carrés environ correspondant à la partie antérieure de la voûte et d'origine syphilitique et dont on avait en vain tenté l'oblitération par un lambeau muco-périostique palatin, j'ai pu constater combien il était facile de combler la perte de substance jugale. Ce lambeau arrondi avait près de 3 centimètres de diamètre et son pédicule presque la même étendue ; la réunion fut des plus aisées jusque tout près de ce pédicule. Elle se fit sans tension et elle ne laissera qu'une cicatrice linéaire insignifiante. Chez lui, j'ai observé encore que l'hémorrhagie était peu abondante et facile à arrêter par une compression momentanée, enfin que le lambeau simplement retourné, non tordu, sur son pédicule, et non tiraillé par conséquent, conserve toute sa vitalité. Chez cet homme, opéré depuis sept jours, ce lambeau est bourgeonnant et adhérent.

Du gaïacol comme anesthésique local. — M. P. Reclus. Dans une communication, faite il y a quelques mois à l'Académie de médecine, M. Lucas-Championnière affirmait que le gaïacol est très supérieur comme anesthésique local à la cocaïne. J'ai tenu à contrôler personnellement ces assertions et j'ai fait un essai loyal du gaïacol. Comme nous n'avons aucun moyen de mesurer la douleur et de contrôler si un malade est ou non douillet, j'ai recueilli surtout des observations dans lesquelles l'anesthésie avait été obtenue mi-partie avec le gaïacol, mi-partie avec la cocaïne.

De ces observations il résulte que la puissance analgésiante du gaïacol est très inférieure à celle de la cocaïne.

MM. Lucas-Championnière et André ont prétendu que l'action du gaïacol était plus générale que celle de la cocaïne et que, contrairement à celle-ci, elle se faisait sentir même sur les tissus enflammés ; or il n'est nullement exact que l'action de la cocaïne soit nulle sur les tissus enflammés, il faut seulement mettre plus de cocaïne et attendre plus longtemps avant de prendre le bistouri.

Quant à la gravité de la cocaïne, toutes les fois qu'il y a eu accident après l'emploi de la cocaïne, et ces accidents ne sont pas niables, il y a eu faute dans l'emploi de ce médicament. Les solutions fortes sont dangereuses; il suffit d'employer des solutions au centième ; les chirurgiens qui emploient des solutions à 5, 10, 15 et même 20 0/0 n'ont pas le droit de s'étonner s'ils provoquent des accidents.

Il en est de même de la dose, il ne faut jamais atteindre la dose de 20 centigrammes ; récemment on a rapporté deux observations dans lesquelles les chirurgiens avaient employé la cocaïne à la dose de deux grammes. Il n'est pas étonnant qu'aux deux fois les malades soient restés dans leurs mains.

On ne doit jamais opérer les malades assis ; il faut toujours, dans tous les cas, opérer le malade couché. D'autre part il ne faut jamais faire l'injection de cocaïne dans l'intérieur d'une veine. Il faut en outre laisser le malade couché pendant une heure et ne le laisser se lever que lorsqu'il a pris quelques aliments.

C'est en ne perdant pas de vue ces règles que M. Reclus a pu faire 3.500 opérations sans troubler en rien l'équilibre physiologique de ses malades. Aussi il lui semble que la cocaïne doit être employée dans tous les cas où l'on a à faire une opération réglée, et où l'étendue du champ opératoire n'est pas trop considérable : il faut donc écarter toutes les opérations abdominales et toutes les amputations qui ne portent pas uniquement sur la main ou sur le pied.

A 4 heures 45, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 mai 1896. — Présidence de M. d'Heilly.

Lupus éléphantiasique du membre supérieur. — M. Thibierge présente un malade sur le membre supérieur gauche duquel on observe les signes suivants : une tuméfaction considérable de l'avant-bras, du dos de la main, tuméfaction surtout œdémateuse ; des déformations variées des doigts ; au petit doigt, absence de la première et de la deuxième phalange ; la troisième, en rapport avec la tête du métacarpien, porte un ongle ; à l'index, disparition du bord cubital, le doigt est recourbé en bec-de-corbin, l'ongle est incurvé, en forme de griffe ; des végétations papillomateuses ; l'avant-bras en porte un bracelet ; il est semé de taches à peine saillantes, et de nodules de lupus ; le bras est dans un état éléphantiasique.

Il s'agit là d'une maladie connue, mais assez rare. On aurait pu la confondre avec la lèpre, mais le doute n'est pas permis, il ne s'agit que d'une lésion tuberculeuse.

Chez ce malade, la lésion osseuse a paru d'abord, puis la lésion cutanée, enfin est venue la tuméfaction précédée par des érysipèles. Il en a des poussées chaque mois, laissant après elles un peu plus de tuméfaction.

Il est fréquent chez les lupiques de trouver antérieurement une lésion profonde, osseuse ou ganglionnaire, et il est extrêmement rare de rencontrer des lupus primitifs. On a dit que le lupus guérit sous l'influence de l'érysipèle et on a même cité des cas de guérison. Tous ces cas sont discutables, et il eût fallu suivre les malades pendant plusieurs années. Du reste, une preuve indiscutable du peu de valeur de cette théorie, c'est qu'il n'y a presque pas de lupiques n'ayant pas eu d'érysipèle.

Stéthographie bilatérale. — MM. Gilert et Roger. Nous avons réuni une série de tracés recueillis sur des

sujets normaux ou atteints d'affections thoraciques, à l'aide d'un appareil enregistrant séparément les mouvements de chaque moitié du thorax et pouvant ainsi suivre les moindres variations survenues dans le mode respiratoire d'un des côtés. C'est à cette méthode que nous avons donné le nom de stéthographie bilatérale.

L'étude préalable faite sur des sujets normaux nous a montré que, dans la moitié des cas, l'ampliation thoracique est plus marquée d'un côté que de l'autre ; les différences, d'ailleurs légères, deviennent plus appréciables pendant l'inspiration profonde, les mouvements saccadés, comme la toux ou le rire. Pendant un effort considérable, la respiration s'arrête complètement des deux côtés, puis elle reprend, d'abord profonde et lente, pour revenir ensuite assez vite au type normal. Si le sujet contracte ses muscles avec moins d'énergie, la pause respiratoire n'est pas complète, mais on observe alors entre les deux côtés une différence assez curieuse : les inconvénients diminuent surtout et même s'arrêtent totalement du côté où l'effort se produit; ils persistent, quoique affaiblis, de l'autre côté.

Nos recherches cliniques ont porté sur sept malades atteints ou guéris de pleurésie, dont quatre étaient porteurs d'épanchements séreux plus ou moins abondants. Comme il était facile de le prévoir, les tracés ont montré pendant les périodes d'état une diminution de l'expansion thoracique du côté atteint, d'autant plus marquée que l'épanchement est plus abondant, mais dans tous les cas de pleurésie récente, les modifications étaient encore appréciables.

Dans un cas, nous avons étudié les modifications que provoque la thoracenthèse. Il s'agissait d'une pleurésie gauche ayant refoulé le cœur dont les battements s'inscrivaient sur le tracé du cœur droit. Dix minutes après la ponction, aucune amélioration ne s'était produite, et ce n'est qu'au bout d'une demi-heure que l'expansion thoracique est devenue plus considérable et que le cœur a pris une position médiane.

Dans un cas à grand épanchement, le changement se produisit avec une lenteur plus grande et il fallut plusieurs ponctions pour amener un changement.

Au moment de la guérison apparente, le côté atteint peut avoir repris le rhythme normal; ailleurs, les troubles persistent parfois trop légers pour être reconnus à l'inspection. Les tracés peuvent révéler alors une amplitude moitié moindre du côté qui a été affecté; les différences s'exagèrent encore pendant certains mouvements étendus ou saccadés, pendant les fortes inspirations, la toux, le rire.

Dans un cas de pleurésie ancienne avec rétraction du thorax, le tracé s'est traduit, du côté atteint, par une simple ligne onduleuse, la respiration y était donc presque nulle. Les tracés sont influencés non seulement par l'abondance, mais aussi par la nature des épanchements. Chez un malade atteint d'une pleurésie peu abondante, le côté atteint était complètement immobile. Il s'agissait, dans ce cas, d'une pleurésie hémorrhagique, liée à un cancer pleuro-pulmonaire.

Des différences analogues mais encore plus accentuées, s'observent sur les malades atteints de pneumothorax : déjà manifestes pendant la respiration calme, elles s'exagèrent pendant la respiration forcée et pendant la toux. Il est des cas où ils ne toussent que du côté sain. Pendant la toux, le tracé ne présente pas, du côté atteint, les modifications caractéristiques.

Les résultats montrent le parti qu'on peut tirer de la stéthographie bilatérale. Il ne s'agit pas là d'une méthode pratique. Comme la sphygmographie, la stéthographie ne sert qu'à vérifier et préciser les procès habituels d'investigation.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 11 mai 1896.

Anévrysmes chez les syphilitiques. — MM. Fournier et Georges Brouardel présentent deux cas d'anévrysmes, l'un de l'artère fémorale, l'autre de la crosse de l'aorte, survenus chez deux malades syphilitiques; ces deux cas sont particulièrement intéressants au point de vue du rapport des artérites avec la syphilis et contribuent à éclairer la pathogénie des anévrysmes, qui dépendent souvent de la syphilis.

Le premier malade est atteint d'un anévrysme considérable de la crosse de l'aorte, qui a détruit la paroi osseuse, et apparaît à l'extérieur sous forme d'une tumeur pulsatile du volume d'une mandarine environ; cet anévrysme présente tous les signes ordinaires : à noter, entre autres, une suppression absolue du pouls radial gauche. Le malade, âgé de 49 ans, a eu la syphilis à 22 ans, en 1875 (chancre, roséole, plaques muqueuses) ; ce qui est fort intéressant, c'est qu'il a présenté déjà une première fois en 1884 un accident d'artérite cérébrale ; il a eu une paralysie du membre inférieur droit avec aphasie passagère, la guérison a été produite par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles. Actuellement, la lésion ne fait que croître, malgré un traitement intense à l'iodure, suivi depuis un an.

Le deuxième malade a eu la syphilis en 1868, à 29 ans. En 1895, il a un anévrysme de l'artère fémorale qui croît rapidement et est opéré par M. le Dr Chaput. En même temps il a des syphilides tuberculo-ulcéreuses à la jambe droite pour lesquelles il est entré dans le service et qui, actuellement, vont beaucoup mieux sous l'influence du traitement.

Trois cas d'hydrargyrie cutanée. — M. A. Fournier. Chez une première malade, un véritable érythème scarlatiniforme est survenu après l'usage de deux cuillerées à soupe de sirop de Gibert pendant huit jours. Chez une seconde malade, une pommade au précipité blanc appliquée sur les paupières a déterminé un véritable eczéma mercuriel de la face avec tumétaction, exsudation séreuse et œdème. Le troisième malade, désinfecteur, ayant absorbé dans l'exercice de sa profession des vapeurs mercurielles, a vu apparaître un érythème généralisé qui a présenté les caractères d'une véritable dermatite exfoliatrice. La prédisposition éruptive de ces malades a été, pour la première, une séborrhée antérieure du cuir chevelu; pour la seconde, de l'intertrigo; pour le troisième, une légère poussée de psoriasis.

Les éruptions mercurielles se reconnaissent généralement à trois caractères constants. Elles sont : 1° érythémateuses; 2° suintantes; 3° foliacées, soit totales, soit partielles.

Chancre syphilitique de la lèvre. — M. Danlos présente une femme de trente-cinq ans, atteinte d'une lésion

ulcéreuse de la lèvre inférieure. Au moment de l'entrée dans le service, la lésion, qui avait envahi la moitié de la lèvre, avait deux mois et demi de date et offrait l'aspect typique d'un chancre syphilitique. Elle s'en distinguait toutefois par l'absence d'induration et d'adénopathie. L'examen général ne montrait sur le corps qu'une quinzaine de papules disséminées, d'aspect cuivré, quelques-unes surmontées de squames analogues aux plaques de la peau. Aucun trouble général; rien dans la bouche ni aux parties génitales. Le diagnostic ne pouvait guère hésiter qu'entre un chancre anormal et une lésion pseudo-chancreuse tertiaire de la lèvre. La malade niait absolument tout accident antérieur; les quelques éléments éruptifs constatés sur le tronc étaient disséminés sans tendance au groupement; enfin, malgré un traitement d'expectation pure pour faciliter l'observation (pansement de la lèvre à l'eau boriquée), les lésions ont trop rapidement rétrocédé pour des syphilides tertiaires, en sorte que, malgré l'étrangeté du fait, c'est encore l'hypothèse d'un chancre labial qui paraît la moins improbable.

M. Canuet complète sa communication au sujet de la malade entrée dans le service de M. le Pr Fournier, pour une dermatite herpétiforme au cours de la grossesse.

Les poussées éruptives partielles se sont succédé à peu d'intervalle; trois semaines avant l'accouchement, l'éruption s'est manifestée avec la plus grande intensité, puis elle s'atténue et c'est pendant une période d'accalmie relative que la malade passe dans le service de la maternité de Saint-Louis.

Elle accouche normalement d'un enfant paraissant bien constitué. 48 heures après, débute une importante poussée. A chaque accouchement la malade en a vu survenir une semblable avec une absolue régularité

Le nouveau-né, d'abord assez vigoureux, s'affaiblit, dépérit, sans cause apparente et meurt le 13e jour. Telle semble être la règle, car la malade, au cours de ses 8 grossesses, a été atteinte quatre fois de dermatite herpétiforme et quatre fois l'enfant a succombé.

Actuellement, 15 jours après l'accouchement, l'éruption s'alimente encore sur certains points, mais diminue graduellement; dans quelque temps elle aura probablement disparu, jusqu'à une prochaine grossesse méritant bien ainsi, pour le cas présent, le nom d'*Herpès gestatoris*.

M. Canuet présente de nouveau une petite malade âgée de 4 ans et demie qui porte au menton la cicatrice d'un chancre syphilitique montré à la Société au mois de février.

L'adénopathie sous-maxillaire persiste.

Le diagnostic de chancre infectant porté alors par M. Fournier se trouve confirmé par l'apparition de deux nouveaux symptômes manifestement syphilitiques; une alopécie en clairière très semblable à celles qu'on voit chez l'adulte et des syphilides papulo-érosives péri-anales.

Syphilis héréditaire et enfantilisme. — MM. Gastou et Barasch présentent une jeune malade âgée de 21 ans dont le développement a été arrêté dès l'enfance et à laquelle on donne régulièrement 14 ans Avec des stigmates nets de syphilis héréditaire, petitesse de taille, malformations dentaires, cicatrices nombreuses de différents sièges, lésions oculaires, etc., la malade a comme particularités : une hypertrophie mammaire considérable et sur le front et la nuque des éléments éruptifs qui simulent des syphilides tuberculo-croûteuses circinées.

Erythrodermie exfoliatrice siphiloïde avec iritis double chez une malade atteinte de kyste de l'ovaire. — M. Gastou présente une malade âgée de 70 ans, ayant une erythrodermie exfoliatrice constituant des placards à cetnre pigmenté, rougeâtre, à bords desquamants sous forme de lamelles psoriasiformes. Cette éruption est survenue brusquement sans affection certaine antérieure, s'est généralisée en quelques jours, ne s'est pas accompagnée de fièvre, ni de phénomènes généraux, mais d'une iritis double avec perte presque complète de la vue. La malade n'a pris aucun médicament, n'a eu aucune maladie générale antérieure; elle a un kyste de l'ovaire.

L'aspect syphiloïde de l'éruption a fait penser à une origine syphilitique, mais cette origine n'a pu être nettement démontrée. L'examen histologique a montré une dermite diffuse avec prédominance d'infiltration leucocytaire périfolliculaire analogue à celle que l'on constate dans les dermatites exfoliatrices.

Sur un nouveau cas de maladie de Darier. — M. Hallopeau. Bien que ce type morbide ait été primitivement observé par Ollivier, Laillier, Besnier, l'auteur lui-même et peut-être aussi Lutz, il lui maintient cette dénomination, car c'est Darier qui le premier en a donné une description complète, c'est lui qui l'a fait connaître à l'étranger; cette dénomination est entrée dans le langage médical courant enfin le nom de psorospermose folliculaire n'est plus acceptable puisque la nature parasitaire des éléments décrits sous ce nom devient de plus en plus problématique. Ce nouveau fait présente comme particularité la présence dans la muqueuse labiale d'un grand nombre de petites saillies nodulaires; agminées ou confluentes, desquelles on peut voir sourdre une goutte de liquide visqueux et qui sont par conséquent des glandes hypertrophiés. Il y a lieu de remarquer d'autre part un aspect villeux de la muqueuse dorsale de la langue, un état granité de la peau du dos des mains, une exagération des crêtes linéaires sur leurs faces palmaires, une localisation dans le sillon interfessier de papules pigmentaires très développées et aussi au niveau de l'ombilic; ces caractères tout spéciaux sont communs à cette dermatose et à celle que Darier appelle dystrophie papillaire et pigmentaire ; les analogies entre ces deux dermatoses ont été signalées déjà par M. Darier lui-même ainsi que tout récemment par M. Kulnitseg; il est difficile, en présence d'aussi frappantes analogies, de ne pas admettre un rapport de nature entre ces deux maladies.

Sur deux cas d'ulcus rodens. — MM. Hallopeau et Jousset. Cette affection est généralement confondue en France et en Allemagne avec l'épithélioma vulgaire; elle s'en distingue par sa bénignité relative, sa tendance à se cicatriser partiellement, l'absence d'adénopathies et de généralisation. L'un des malades présenté par l'auteur peut être considéré comme un type de cette dermatose : 1° le début de son affection remonte à plus de 15 ans et les lésions sont toujours limitées à une partie de la région frontale ; elle est restée superficielle ; elle s'est nombre de fois presqu'entièrement cicatrisée ; chez le second malade, les lésions sont plus profondes; il existe une destruction partielle du nez comparable à celle que produit souvent le lupus; une large ulcération s'étend en profondeur et enfin le bour-

elet qui entoure cette perte de substance atteint par place ne épaisseur telle qu'il figure une véritable tumeur, contrairement à ce qui est de règle dans cette maladie; néanmoins la marche lente de la maladie, la cicatrisation parfaite, l'absence de retentissement ganglionnaire et le maintien d'un bon état général sont assez caractéristiques pour que le diagnostic ne puisse être mis en doute ; il s'agit évidemment là, comme l'ont bien montré les Anglais et Dubreuilh, d'une forme toute particulière d'épithéliome ; elle forme une espèce morbide.

Dr Barbe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 mai — Près. de M. Ladreit de Lacharrière
(Suite)

Rapport sur la candidature de M. Ed. Ehlers (de Copenhague) au titre de membre correspondant étranger. — Au nom d'une commission composée de MM. Moreau (de Tours), Guépin et de Ranse, rapporteur.

Messieurs,

M. le Dr Ehlers (de Copenhague) vous a adressé, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger, une dizaine de brochures écrites, les unes en danois ou en anglais, les autres en français. Vous permettrez au rapporteur de votre commission de ne s'occuper que de ces dernières.

1° Nous trouvons, tout d'abord, un travail publié dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* et relatif à l'*élimination par l'urine de l'iodure de potassium à hautes doses*. Le Dr Haslund avait été conduit à traiter le psoriasis par l'iodure de potassium porté aux doses exceptionnelles de 10, 20, 30 grammes et plus par jour, doses parfaitement tolérées par les malades, ce qui fit supposer que peut-être une quantité considérable du médicament passait dans l'intestin sans être absorbée. Pour résoudre la question, M Ehlers a fait 70 analyses d'urine, chez des personnes ingérant de 3 à 34 grammes d'iodure par jour, et sa conclusion générale est que, en moyenne, 82 0/0 d'iodure de potassium s'éliminent par l'urine.

Au cours de ses expériences, les symptômes d'iodisme apparaissaient quand la moitié seulement de l'iodure administré s'éliminait, et disparaissaient aussitôt après l'élimination du sel. D'où l'auteur conclut que l'iodure de potassium, à cause de son absorption facile aussi bien que par sa facilité et sa vitesse d'élimination, est un remède presque complètement inoffensif.

J'ajouterai que cette tolérance bien connue de l'organisme pour l'iodure de potassium exige une double condition : d'abord une grande pureté du sel, qui ne doit pas contenir d'iodate ; ensuite l'absence chez le sujet de toute lésion pouvant diminuer la perméabilité rénale.

2° Un second travail de M. Ehlers a pour objet des recherches cliniques sur le *Prurigo d'Hebra*.

D'après la définition classique de l'auteur qui lui a donné son nom, ce prurigo est caractérisé par « l'éruption de petits nodules, isolés, de la grosseur d'un grain de chanvre, sous-épidermiques, presque de la couleur naturelle de la peau, et accompagnés de fortes démangeaisons. »

M. Ehlers, mettant à profit les observations recueillies pendant les 28 dernières années dans le service de son maître, M. le Profr Haslund a abordé l'étude clinique et critique de différents points plus ou moins discutés, tels que ; l'âge du *début de la maladie* qui, suivant lui, serait de 5 ans et demi ; *la saison la plus mauvaise pour les prurigineux*, qui paraît être l'été ; *les conditions sociales de la maladie*, qui lui semblent présenter la même fréquence dans toutes les classes de la société ; l'*hérédité*, qui jouerait un plus grand rôle qu'on ne le suppose généralement ; la *curabilité de la maladie* qui, à l'encontre de l'opinion professée par Hébra, guérirait dans la moitié des cas ; l'*origine de la papule*, primaire selon Hébra, secondaire d'après Cazenave, opinion partagée par l'auteur ; enfin le *traitement* qui d'après lui consiste essentiellement en bains tièdes, réguliers, quotidiens, et en frictions avec une pommade au naphtol à 10 0/0, et doit être continué plusieurs mois après la disparation des papules.

3° Dans un travail extrait des *Archives de médecine du Nord*, M. Ehlers étudie la *syphilis tertiaire*, sa fréquence, ses localisations et sa dépendance de l'absence du traitement mercuriel. Après avoir rappelé certaines statistiques, entre autres celles de Haslund, de Vadja, de Fournier, de Hjelmann, de Neumann, il en produit une à son tour, inédite, comprenant 1501 cas de syphilis tertiaire. L'examen et la discussion des divers éléments de cette statistique le conduisent aux conclusions suivantes :

a) La syphilis tertiaire se rencontre à la suite de 12,4 à 22 0/0 de toutes les infections syphilitiques.

b) La syphilis tertiaire n'a aucune préférence de sexe.

c) Les accidents tertiaires sont plus fréquents pendant les quatre premières années après l'infection. Au delà de la vingtième année, ils deviennent d'une rareté extrême.

d) Dans les statistiques des services des maladies vénériennes, les affections de la peau sont plus fréquentes que les autres ; elles arrivent ainsi en premier rang. Ce résultat n'est qu'apparent : c'est aux lésions nerveuses qu'il faut donner la première place, si l'on considère le nombre considérable d'ataxies, de paralysies générales, d'encéphalopathies spécifiques, de paralysies oculaires, etc., qui s'adressent à d'autres médecins que les syphiligraphes.

e) La grande, la véritable cause de la syphilis tertiaire est l'absence ou l'insuffisance du traitement.

4° *Syphilis et paralysie générale en Islande.* — L'Islande a passé, pendant un assez long temps, pour être indemne de syphilis. Des renseignements précis fournis en 1891 à Lesser par Schierbeck, médecin inspecteur en chef de l'Islande, ont montré que c'est là une opinion erronée. M. Ehlers a profité d'un séjour dans cette île pour contrôler les observations de Schierbeck, et il conclut, avec ce dernier, que les Islandais n'ont pas d'immunité contre la syphilis, mais que cette maladie y est très rare et ne se répand pas dans la population.

La paralysie générale, que l'auteur attribue exclusivement à la syphilis, opinion un peu extrême, n'a été rencontrée que deux ou trois fois dans la capitale ou dans le seul port où quelques membres de la population pauvre se prostituent avec les marins étrangers ; elle est inconnue dans le reste du pays.

5° J'arrive, sans quitter l'île scandinave, à un cinquième et dernier travail de M. Ehlers, que je lis dans la *Semaine*

médicale du 17 novembre 1894, et qui a pour titre : *Un voyage chez les lépreux d'Islande.*

On sait que M Leloir a retrouvé en Artois et en Flandre des cas de *trophonévroses léproïdes* qu'il considère comme un reliquat de la lèpre qui a régné dans ces pays au moyen âge. Dans le même ordre d'idées, mais poussant beaucoup plus loin l'hypothèse, M. Zambaco, dans la campagne qu'il a d'ailleurs conduite brillamment il y a deux ou trois ans, soutient que la lèpre n'est nullement éteinte en France, mais que dans nombre de départements, notamment en Bretagne, elle se présente sous des formes dégénérées ou avortées qui la font méconnaître. Pour le savant médecin de Constantinople, une foule d'affections telles que la sclérodermie, la sclérodactylie, la maladie de Morvan, l'aïnhum, la trophonévrose gangréneuse, l'asphyxie locale avec gangrène symétrique, etc., ne seraient que des formes ou des variétés de lèpre.

M. Ehlers a eu l'idée de contrôler cette opinion sur le polymorphisme de la lèpre en étudiant la maladie dans un pays isolé, comme l'Islande, où les conditions sociales ne se sont pas modifiées depuis des siècles. Il a parcouru à peu près tout le littoral de l'île, secondé par les médecins du pays pour faire passer sous les yeux le plus grand nombre possible de lépreux. Sur 141 cas qu'il a pu trouver, 102 ont été soumis à son observation directe. Il a recherché parmi eux des exemples de cas atténués par l'atavisme qui servent de pierre angulaire à la doctrine de M Zambaco et il comptait sur une ample moisson Mais la lèpre, au lieu d'être en décroissance en Islande, est au contraire en voie d'augmentation ; par contre, les formes atténuées y sont plus rares.

Quoi qu'il en soit, M. Ehlers a vu deux cas de lèpre mutilante digital qui rappelleut l'aïnhum ; deux autres qui pourraient être rapprochés de la maladie de Morvan; un autre enfin qui pourrait éveiller l'idée d'une syringomyélie. I n'a rencontré aucun cas qui justifie la doctrine de M. Zambaco, en ce qui concerne les autres formes atténuées. Il ne croit pas non plus à une *lèpre autochtone*. Pour lui, la lèpre est essentiellement contagieuse, et les cas qu'il est possible de rencontrer en France tiennent, ou à la survivance de lepreux après la fermeture des hôpitaux d'isolement qui remonte à deux siècles, ou à une importation d'outre-mer. Sous ce dernier rapport, les relations continuelles entre la Bretagne et l'Islande suffisent à expliquer la persistance de la lèpre en pays breton.

Vous pouvez juger, Messieurs, par le court aperçu des travaux qui précèdent, du savoir, de la méthode, de l'activité de notre confrère danois. Comme couronnement de ses études spéciales, il a été attaché avec le titre de chef de clinique de dermatologie et de syphiligraphie, à l'hôpital communal de Copenhague. Nous avons eu le plaisir de le compter parmi nos invités du Centenaire, où il a représenté le corps médical de son pays. Vous vous rappelez en quels termes il a fait profession de son estime et de sa sympathie pour la France. Il ne saurait rencontrer parmi nous que les mêmes sentiments. Aussi votre commission a-t-elle l'honneur de vous proposer de déposer honorablement ses travaux dans nos archives, et de l'inscrire parmi les membres correspondants étrangers que notre Société est heureuse de s'adjoindre.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées; le vote sur la candidature de M. Ehlers aura lieu dans la prochaine séance.

La Bactériologie à la campagne; résultats pratiques de l'examen de 27 angines blanches observées pendant l'année 1895. (*Travail de candidature au titre de membre titulaire*). — M. Brunet (*sera publié*).

La commission désignée pour l'examen de la candidature de M. Brunet se compose de MM. Castex, Guépin et Martha, rapporteur.

De la phonendoscopie ou projection phonique des organes avec l'auscultation des vibrations spontanées ou provoquées. (*Travail de candidature au titre de membre correspondant étranger*). — M. Bianchi (*sera publié*).

M. Bianchi, après sa communication, fait une série d'expériences pour montrer l'application de son appareil.

La commission chargée d'examiner la candidature de M. Bianchi se compose de MM. Leudet, Mouzon et Besnier, rapporteur.

M. Glénard (de Lyon) est nommé à l'unanimité membre correspondant national.

La séance est levée à 5 h. 3/4.

Séance du 16 mai. — Prés. de M. Ladreit de Lacharrière

La séance est ouverte à 4 h. 1/4.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. Glénard remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant ; lettre de M. Sombret (du Hâvre) posant sa candidature au titre de membre correspondant et annonçant l'envoi d'un mémoire.

M. le Président annonce que M. Glénard a été nommé membre correspondant de l'Académie de médecine et lui adresse ses félicitations au nom de la Société.

Le Secrétaire Général annonce à la Société que les procès-verbaux des séances d'avril ont paru dans le journal *la Liberté* du 8 mai.

Le Secrétaire Général donne lecture des **conclusions de la Commission sur la question de l'admission des femmes docteurs dans la Société.**

La Commission désignée sur la proposition de M. le secrétaire général, pour se prononcer sur l'admission des femmes docteurs à la *Société de médecine de Paris*, et composée de MM. Duroziez, Leudet, Polaillon, Rougon, Ladreit de Lacharrière, Bouloumié, Jullien, Pellier, Gilbert Dhercourt, Brossard et Millée, s'est réunie le 15 mai 1896.

Après une échange d'idées, on a pensé à l'unanimité que rien dans les statuts ne s'opposait à l'admission des femmes docteurs dans la Société. La majorité des membres présents a cependant exprimé le désir de conserver les traditions dont la Société s'honore depuis un siècle, et elle a pensé qu'il n'y avait pas lieu pour le moment de provoquer la candidature des femmes docteurs.

Ces conclusions sont adoptées.

Rapport sur la demande de M. Perrin au titre de membre honoraire. — M. Duroziez. M. Perrin est membre titulaire depuis 1866. Trente ans de titulariat. Il a été président de la Société et notre trésorier de 1871 à 1890. Toujours il nous a été utile par ses conseils et son expérience

a droit au repos si bien gagné. Que le Raincy nous conserve longtemps encore ! Il est l'honneur de la médecine.

Votre Commission composée de MM. Rougon, de Beauvais Duroziez, rapporteur, vous propose la nomination de M. Perrin au titre de membre honoraire de la Société de médecine de Paris.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, le vote sur l'honorariat de M. Perrin aura lieu dans la prochaine séance.

Rapport sur le travail du Dr Brunet : « la Bactériologie à la campagne ; résultats pratiqués de l'examen de 27 angines blanches en 1895 ». (Travail de candidature au titre de membre titulaire). — M. Martha. La Société a nommé une commission composée de MM. Castex, Guépin et Martha rapporteur, pour donner son avis sur le travail de M. Brunet.

Ce travail est doublement intéressant ; il est fait d'une façon scientifique et précise ; et en outre il montre qu'à la campagne, loin de tout centre scientifique, il est possible à un médecin qui veut bien s'en occuper de pratiquer des recherches de bactériologie. Assurément dans de pareilles conditions il serait téméraire d'entreprendre des travaux de bactériologie pure ; mais la bactériologie clinique est possible à la campagne, comme il est possible de faire partout, avec quelques instruments, de la chimie clinique. Et nous en avons comme preuve le travail de notre confrère.

Dans le courant de l'année, le Dr Brunet a fait systématiquement l'examen bactériologique de toutes les angines blanches qu'il a eu à traiter. Il a trouvé 6 angines à streptocoques, 5 angines diphtériques, et 4 angines diphtériques associées au streptocoque ; enfin 12 fois des angines indéterminées au point de vue microbien.

Grâce à ces examens l'auteur a pu instituer le traitement d'une façon précise, et employer le sérum antidiphtérique.

Toutes ses injections ont toujours été parfaitement tolérées : jamais il n'est survenu le moindre signe d'inflammation au siège de la piqûre. Une seule fois, M. Brunet a observé un érythème scarlatiniforme ; chez deux malades ont apparu des douleurs articulaires qui ont persisté deux jours.

La Commission vous propose de donner vos suffrages au Dr Brunet, et le remercie de son intéressant travail.

Les conclusions du rapport de M. Martha sont adoptées. Le vote sur la candidature de M. Brunet aura lieu dans la prochaine séance.

Considérations sur le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Leudet. (Voir ci-dessus, p. 323)

Rapport sur la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire. — M. Bouloumié. (Sera publié.)

M. Christian croit comprendre qu'il s'agit de faire des tuberculeux une classe spéciale de suspects, que l'on tendrait à isoler, et par conséquent à rejeter de la Société ; or c'est une utopie qui n'aura d'autre résultat que de démoraliser la population.

M. Bouloumié répond à M. Christian qu'il ne s'agit pas du tout d'isoler les tuberculeux, mais au contraire de les maintenir dans la Société, et même dans leurs milieux professionnels où on les rendrait inoffensifs en détruisant les germes de leur maladie.

M. Leudet estime qu'il faut être très réservé sur la question de contagion de la tuberculose par les poussières de crachats ; suivant lui, ce sont les conditions d'hygiène générale qui ont la plus grande part dans l'étiologie de la tuberculose.

M. Gillebert-Dhercourt déclare que s'il est utile de perfectionner les conditions d'hygiène générale pour écarter les causes prédisposantes, il est indispensable de s'attaquer aussi aux agents de la contagion. Il y a des administrations où les mesures sont prises, et les faits sont là pour prouver à quel point elles sont utiles.

M. Duroziez appelle l'attention sur la question de la désinfection. C'est généralement une opération illusoire, et la véritable désinfection c'est la destruction. Or, il vaut mieux désinfecter le germe contagieux que l'appartement.

M. Guiter (de Cannes) fait remarquer qu'exerçant depuis treize ans à Cannes, il n'a jamais observé de tuberculose acquise par contagion dans cette ville. On ne doit pas oublier que les rayons du soleil sont de très actifs destructeurs du bacille.

Les conclusions du rapport de M. Bouloumié sont renvoyées à la Commission pour nouvel examen.

MM. Ogilive (de Londres) et Ehlers (de Copenhague) sont nommés à l'unanimité membres correspondants étrangers.

La séance est levée à 6 heures.

Brossard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mai 1896. — Présidence de M. Routier.

Cholécystectomie et Cholécystotomie. — M. Routier. Je suis intervenu 8 fois pour des calculs biliaires, 7 fois chez la femme et 1 fois chez l'homme. La douleur n'a jamais manqué dans mes observations. Moins heureux que mes collègues, je n'ai pas toujours réussi à constater de tumeur. Chez une dame, je vis pendant la crise une contraction de toute la paroi qui semblait énucléer la vésicule que l'on voyait plutôt qu'on ne la sentait. Deux fois on croyait à de la lithiase et je reconnus un cancer tant à l'examen que pendant l'opération. 3 fois je fis la cholécystectomie et 2 fois la cholécystotomie. Devant l'impossibilité, par rétraction de la vésicule ou par adhérences, de faire la cholécystectomie ou de pratiquer la suture de la vésicule incisée, on peut se contenter de libérer la vésicule, de faire un tamponnement et la guérison se fait néanmoins.

Dans les premiers jours qui suivent la cholécystotomie, la bile coule en grande abondance, mais peu à peu cet écoulement diminue.

En résumé, si on peut enlever la vésicule on fera la cholécystectomie, sinon la cholécystotomie suffira et amènera presque aussi complètement la guérison du malade.

M. Monod. J'ajouterai 4 observations qui peuvent être rapprochées de celles déjà citées.

Dans le premier cas, la cholécystectomie amena une guérison parfaite de la lithiase biliaire.

Dans le 2e et le 3e cas, il s'agissait de calculs très nombreux, dont un enchassé dans le canal cystique ne put être extrait, força à faire une cholécystotomie qui, par l'écou-

lement de la bile et la persistance de la fistule, contraignit à faire deux cholécystentérostomies. Enfin le dernier cas récent est une cholécystotomie dont la fistule guérira rapidement.

Les chiffres donnés par Morin dans sa thèse et que je cite démontrent que la cholécystostomie est infiniment moins grave que la cholécystectomie — il est vrai qu'il y a la fistule persistante qui, fréquemment, exige pour sa guérison une nouvelle intervention. — J'ajouterai cependant, en faveur de la cholécystostomie que celle-ci est souvent faite de nécessité, c'est-à-dire que la cholécystectomie, dans les cas graves, est souvent impossible et ne peut être, comme la cholécystostomie, appliquée aux cas les plus graves.

De là, je conclurai qu'ouvrir la vésicule est le premier temps d'une opération qui, suivie de l'exploration de la vésicule, et de l'extraction des calculs, montrera la perméabilité du cholédoque, et dans ce cas seulement on devra recourir à la cholécystectomie, sinon c'est la cholécystostomie qui s'impose.

M. Reclus. — Dans ces deux dernières années, j'ai eu l'occasion de faire trois cholécystostomies. Or, dans ces trois cas, j'ai eu les jours suivants la joie de voir sortir des calculs en plus ou moins grand nombre qu'il eût été, je crois, fâcheux de voir rester dans une vésicule fermée ou réséquée.

M. Reynier. — C'est surtout la perméabilité des voies biliaires qui doit guider sur le choix à faire entre la cholécystectomie et la cholécystotomie.

Dans deux cas où j'ai fait des cholécystectomies, les malades sont morts deux ans après, suite d'influenza et de pneumonie; je me demande si la suppression de la vésicule ne met pas l'organisme dans un état de résistance non moins grande aux infections ultérieures.

Cholédochotomie. — M. Michaux fait un rapport sur une observation de M. Lejars, dans lequelle il s'agissait d'un calcul du cholédoque que l'on put trouver assez facilmeent par le doigt enfoncé dans l'hiatus de Winslow. Le canal était dilaté et fut incisé longitudinalement. Le calcul extrait il fut facile de suturer l'incision et de refermer le ventre. Au 8e jour, il se pratiqua un écoulement biliaire, qui persista pendant 6 mois et est actuellement tari.

La suture a rétréci l'orifice du cholédoque et a mis le malade dans des conditions meilleures pour guérir plus rapidement.

M. Lejars a fait une incision médiane de la paroi, et dit avoir pu explorer la vésicule, le cystique et le cholédoque. Je me permets de m'étonner. La vésicule est à droite et si on veut l'explorer c'est en faisant l'incision sur le bord externe du droit que l'on arrivera sur la vésicule, qui est toujours en dehors du bord externe du droit, à 10 ou 12 centimètres de la ligne blanche, et j'ajouterai que rien n'est plus facile que de faire une incision en ⊢ pour éclairer le champ opératoire profond.

Ulcère blennorrhagique. — Communication par M. Jullien.

Lipôme énorme de la jambe chez un enfant de 5 ans. Ablation. Guérison. — Présentation des pièces par M. Malapert.

Péritonite généralisée. Suite d'appendicite. Laparotomie. Guérison. — Présentation du malade par M. Routier.

Appendices réséqués. — Présentation de pièces par M. Routier.

Anévrysme traumatique du creux poplité. Incision large du sac. — Présentation du malade par M. Hartmann.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

Session de 1896

Effets de l'ablation des ovaires sur la voix. — M. Castex (Paris), de plusieurs observations qu'il rapporte, conclut que l'ablation des ovaires n'a pas d'influence fâcheuse sur la voix; parfois elle a gagné; une seule fois l'opération paraît avoir eu une influence nocive. Donc, lorsque l'opération a des indications formelles, il n'y a pas à se laisser arrêter par des considérations vocales, la voix n'ayant rien à craindre, les belles voix retrouvent après l'opération leur étendue, leur intensité et leur souplesse.

Trépanations mastoïdiennes. — M. Castex, des observations qu'il a faites au cours de trépanations, tire les conclusions suivantes :

1° L'ouverture de l'apophyse s'impose pour évacuer le pus, pour tarir des otorrhées rebelles ou pour mettre fin à des névralgies secondaires de l'apophyse.

2° Il faut, pour la découverte de l'antre mastoïdien, reconnaître l'épine de Henle (*spina supra meatum*) sur le méat auditif bien ruginé.

3° Agir prudemment pour ne pas atteindre le nerf facial près de la paroi postérieure; exceptionnellement on y a trouvé le sinus latéral.

4° L'introduction de tampon de coton au fond du champ opératoire est bonne pour protéger les parties profondes et ramener les débris osseux.

5° Le pansement humide et la désinfection du naso-pharynx sont indiqués quand il s'agit de tympanites suppurantes.

6e Ces opérations ont un excellent effet sur la santé générale des malades, les suppurations enfermées dans les cavités de l'oreille semblent particulièrement infectieuses.

Perforation permanente artificielle du tympan. — M. Miot tire de ses observations sur ce sujet les conclusions suivantes :

Le meilleur moyen de compléter le diagnostic dans les cas d'otite moyenne sèche est de pratiquer l'incision du tympan.

Il y a des cas où l'opération étant formellement indiquée il faut la différer ou même y renoncer tant que des actions réflexes énergiques s'exercent sur l'oreille.

Le procédé de choix est l'ablation du tympan et du manche du marteau.

La perforation expose le tympan à des écoulements, mais ceux-ci se tarissent vite sans complications.

L'audition, bien qu'améliorée, varie beaucoup. Cette amélioration est beaucoup plus grande pour les sons articulés que pour les bruits.

La vaseline iodée employée de temps en temps, parfois

glycérine, paraissent être les liquides donnant les meilleurs résultats au point de vue de l'audition, sans présenter d'inconvénients sérieux.

L'application d'un tympan artificiel (disque de coton) sur la perforation augmente quelquefois l'audition d'une manière manifeste.

Aphonie d'origine olfactive. — M. Joal (Mont-Dore) apporte un nouveau fait. L'auteur, dans un travail antérieur, a établi qu'il existait une étroite relation de cause à effet entre certaines sensations olfactives et certains troubles vocaux.

MEMENTO PRATIQUE

Des principales indications à remplir dans le traitement de l'influenza. — Nous empruntons à l'*Indépendance médicale* un court aperçu sur ce sujet éminemment pratique.

Dans *les cas bénins*, repos pendant 2 ou 3 jours; antipyrine (0,45) associée à la quinine (0,15), un cachet matin et soir contre la céphalalgie; hygiène sévère et grande propreté; aération plusieurs fois par jour de la chambre, dont la température sera maintenue à 17°; gargarismes répétés pendant le jour avec la solution suivante :

Acide phénique neigeux	5 gr.
Alcool	5 —
Thymol	1 —

Ds. : V gouttes dans un verre d'eau chaude.

En remplacement des gargarismes chez les enfants, collutoire antiseptique composé de :

Glycérine neutre	50 gr.
Borate de soude	10 —
Acide salicylique	2 —

Purgatif léger au citrate de magnésie (35 gr.) contre l'embarras gastrique.

Dans *la forme grave*, purement aseptique, infectieuse, sans localisations précises :

Balnéation tiède et prolongée, lotions froides et vinaigrées avec frictions, pour produire une prompte réaction; quinine (0,50) associée à l'acide salicylique (0.25), à prendre chaque soir; lait, alcools, extrait de viande, toniques, suivant la formule suivante :

Vin de Saint-Raphaël	150 gr.
Sirop de punch	50 —
— de quinquina jaune	50 —
Extrait de quinquina jaune	4 —

Ds.: A prendre par verres à liqueur dans les 24 heures.

Dans *la forme grave*, à complications localisées, plus de vésicatoires ni de ventouses sèches, comme en France, mais compresses froides de Priessnitz renouvelées toutes les demi heures ; comme expectorants:

a) Oxyde blanc d'antimoine		2 gr.
Sirop de polygala	ââ	30 gr.
— de térébenthine		
Eau de fleurs d'oranger		60 gr.

Ds.: Une cuillerée à dessert toutes les deux heures chez les enfants.

b) Kermès		10 centigr.
Sirop d'éther	ââ.	30 grammes.
— de valériane		
Potion gommeuse		50 —

Ds. : Une cuillerée à soupe toutes les heures.

Contre les quintes de toux :

Acétate d'ammoniaque		2 grammes.
Sirop de codéine	ââ.	30 —
— d'éther		
Potion de Todd		90 —

Ds. : Une cuillerée à soupe toutes les 2 heures.

Contre la difficulté de l'hématose et l'infection pulmonaire, inhalations d'oxygène et évaporations antiseptiques avec :

Acide phénique neigeux		100 grammes
Teinture d'eucalyptus	ââ.	50 —
— de quinquina		
Thymol		1 gramme.

Ds. : Une cuillerée à café dans un vaporisateur rempli d'eau.

Chez les cardiaques et surtout chez les artérioscléreux et les vieillards, régime lacté pour favoriser les fonctions rénales ; applications de petits vésicatoires volants sur la région du cœur, contre la tachycardie ; dans l'affaiblissement des battements cardiaques ou leur irrégularité, injections hypodermiques avec :

Ether sulfurique	26 grammes.
Chlorhydrate de caféine	1 gramme.
Benzoate de soude	2 grammes.

Contre les palpitations violentes, la digitale sous forme de poudre de feuilles en infusion à la dose de 1/2 à 1 gramme par jour, ou bien la digitaline en pilules :

Digitaline cristallisée	1 milligramme.

Pour une pilule à prendre dans la journée.

Contre les accidents typhiques ou gastro-intestinaux qui accompagnent l'influenza, bains tièdes ou froids, sulfate de quinine, et mieux, phénacétine à la dose de 50 centigrammes matin et soir.

S'il y a des lésions de la bouche, gargarismes fréquents à l'eau boriquée, soit encore un badigeonnage avec le salol (10 gr.) dans la glycérine neutre (50 gr.).

En cas de vomissements et de douleurs gastriques, eau oxygénée ou mieux encore l'eau chloroformée médicinale à la dose d'une cuillerée à soupe toutes les trois heures après un demi-litre de lait et, s'il y a lieu, application de vessie de glace sur la région de l'estomac et boissons glacées.

Lorsque la diarrhée vient compliquer l'influenza, on aura recours à la médication antiseptique, soit par la bouche ou en lavement (naphtol, salicylate de bismuth, salol, magnésie, charbon, etc); on alimentera le malade avec du lait additionné d'eau de chaux ou d'eau de Vals et avec trois ou quatre jaunes d'œufs par jour.

Pour calmer le délire qui survient dans la forme typhoïdique, on utilisera les enveloppements humides et les calmants, surtout le bromure de sodium, le chloral, le sirop d'éther.

On combattra l'anorexie si fréquente de la convalescence par les amers (teinture de quinquina et de Beaumé) et l'on recommandera un régime substantiel, du vin de Bordeaux coupé avec une eau ferrugineuse, et à la fin du repas un vin tonique au Kina et Kola.

Indications de l'avortement artificiel. — Voici les cas dans lesquels l'on pourrait être amené à pratiquer l'avortement artificiel, d'après Jaffé, de Hambourg :

1° Vomissement incoercible de la grossesse;

2° Etranglement de l'utérus gravide rétrofléchi, prolabé ou disloqué dans une hernie ;

2° Bassin très rétréci si la mère refuse son autorisation à l'opération césarienne vers la fin de la grossesse. On ne doit pas toutefois oublier que, sous ce rapport, on agira à l'hôpital différemment qu'on ne le fait dans la clientèle privée ; surtout dans ces derniers temps on peut, dans ces cas, avoir recours à la symphyséotomie qui donne des résultats excellents et pour la mère et pour l'enfant.

4° Anémie pernicieuse ; 5° Chorée grave ; 6° Hypertrophie mammaire en voie de progression ; 7° Céphalée extrême avec insomnie. Il va sans dire que les indications 4 à 7 ne se rencontrent que dans des cas tout à fait exceptionnels.

8° Quant aux affections pulmonaires, quelques auteurs considèrent comme des indications formelles la tuberculose et l'emphysème très prononcé ; mais l'auteur est d'avis que l'avortement artificiel n'est indiqué que dans les cas où la vie de la mère est en danger imminent si la grossesse suit son cours normal.

9° La néphrite n'est pas du tout, en général, une indication pour l'avortement, mais elle peut le devenir dans des cas tout à fait spéciaux : c'est au médecin de se prononcer sur son opportunité dans chaque cas donné.

10° Pour les affections cardiaques, l'auteur se rallie absolument à l'avis émis par Leyden, à savoir, que l'interruption artificielle de la grossesse est indiquée et permise toutes les fois que, dans le cours de la grossesse, il survient des troubles de compensation qui, malgré le traitement employé, non seulement ne sont pas remédiés, mais encore prennent une marche dangereuse pour la vie de la femme.

De tout ce qui précède, il résulte que : peuvent être considérées comme indications formelles pour l'avortement artificiel : le vomissement incoercible de la grossesse, l'étranglement de l'utérus gravide, le rétrécissement extrême du bassin par tumeurs ou exsudats, l'anémie pernicieuse progressive, la chorée grave ; appartiennent aux indications relatives : le rétrécissement très accusé du bassin avec diamètre sacro-pubien au-dessous de 5 centimètres, l'emphysème pulmonaire avec signes de dégénération du muscle cardiaque, néphrite (surtout dans l'éclampsie), affections cardiaques chroniques, enfin, toutes les affections générales des femmes qui mettraient en danger les jours d'une mère si l'on avait laissé la grossesse se terminer d'une manière normale (*Jour. de méd. de Paris.*)

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour trois places de médecins des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Jeanselme, Florand et Jacquet.

Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Lyot et Arrou.

Le jury du concours de médecins des hôpitaux de Paris, qui s'ouvrira le 22 mai 1896, est définitivement composé de MM. Netter, Brault, Faisans, Bucquoy, Thibierge, de Beurmann et Nélaton.

Conseil général des Facultés. — M. Gréard a informé le Conseil que le doyen de la Faculté de médecine a reçu, à titre de subvention de M. Lépine, préfet de police, et quelques-uns de ses amis, une somme de 2,000 francs, en vue d'inviter au diagnostic et à la thérapeutique de la diphtérie (examen bactériologique, sérothérapie, tubage) les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité et les jeunes docteurs qui désireront compléter leur éducation pratique.

Distinctions universitaires. — A l'occasion de la XXII^e^ fête fédérale de gymnastique et des visites faites par le ministre de l'instruction publique aux établissements scolaires de l'Algérie, ont été nommés :

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Martin, directeur de la section de tir d'Alger ; Stéphane, médecin-adjoint au lycée d'Alger ; Thiébaud, directeur du dispensaire pour les maladies des yeux, à Alger.

Format des thèses de doctorat. — Par arrêté ministériel, en date du 1^er^ mai 1896, à partir de l'année scolaire 1896-1897, le format des thèses de doctorat en médecine sera l'in-octavo.

Ecole de médecine de Clermont. — Par arrêté ministériel, en date du 13 mai 1896, un concours s'ouvrira le 16 novembre 1896, devant la Faculté mixte de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Clermont.

Ecole de médecine de Dijon. — Par arrêté ministériel, en date du 11 mai 1896, un concours s'ouvrira le 12 novembre 1896, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

Asiles d'aliénés. — Le concours pour le poste de médecin-adjoint des asiles d'aliénés s'est terminé par les nominations suivantes :

Région du Nord : MM. les docteurs Deswarte, Anusin, Briche et Singer.

Région de Lyon : MM. les docteurs Roy, Roux et Bodéro.

Récompenses honorifiques. — Une médaille d'argent de première classe a été décernée à M. le docteur Laurent (de Lille), pour acte de courage et de dévouement.

Corps de santé militaire. — RÉSERVE ET ARMÉE TERRITORIALE. — Par décret, en date du 13 mai 1896, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Lacassagne, médecin-major de première classe de l'armée territoriale.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Sieffert, Bories, Cazes, Sauvaget et Lagrange.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. - MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Villemin, Leclerc, Borrello et Darbouet.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Dejean, Lefebvre, Pirodon, Laville, Massy, Liénard et Conchon.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Remignon, Seigneur et Louvet.

Armée active. — Par décision ministérielle en date du 3 mai 1896, M. le médecin-inspecteur Morache, directeur du service de santé du 18e corps d'armée, est relevé de ses fonctions d'inspecteur général, en 1896, du IVe arrondissement médical (11e, 16e et 18e corps d'armée), qui est réparti entre M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, président du comité technique de santé (Ier arrondissement, pour le 16e corps d'armée), M. le médecin-inspecteur Chauvel, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris (IVe arrondissement, pour le 11e corps d'armée), et M. le médecin-inspecteur Emery-Desbrousses (VIIe arrondissement, pour le 18e corps d'armée).

Inspection médicale des écoles. — Par arrêté du préfet de la Seine, l'inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation assiste le directeur de l'enseignement dans l'application de toutes les mesures qui intéressent la santé des élèves et la salubrité des écoles.

A la fin de l'année scolaire, il présente un rapport d'ensemble sur la situation sanitaire des écoles de la Ville de Paris.

Ce rapport est établi à l'aide des rapports annuels des médecins inspecteurs qui lui ont été transmis.

Il est adressé à M. le directeur de l'enseignement, avant le 1er janvier, et communiqué par M. le préfet de la Seine au Conseil municipal.

Médecins conseillers généraux. — Les élections de dimanche dernier 17 mai ont amené au conseil général de la Seine, à Neuilly, M. Rigaud, pharmacien, conseiller sortant, républicain modéré; à Saint-Ouen, M. le Dr Basset, conseiller sortant, maire de Saint-Ouen, radical-socialiste; à Charenton-le-Pont, M. Barrier, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort, conseiller sortant, radical-socialiste; à Saint-Maur, M. le Dr Piettre, conseiller sortant, républicain; à Villejuif, M. le Dr Reulos, conseiller sortant, républicain-radical.

On sait que tous les médecins qui faisaient partie du dernier conseil municipal de Paris et qui étaient aussi, par suite, conseillers généraux de la Seine, ont été réélus les 3 et 10 mai.

Médecins maires. — Dimanche dernier ont été nommés maires, à Guéret, le Dr Villard, sénateur, républicain-radical; à Saumur, le Dr Peton, républicain-radical; à Segré, le Dr Chevalier, républicain; à Briey, le Dr Laurent, républicain; à Lyon, le Pr Gailleton, républicain-radical; à Bourges, le Dr Mirpied, républicain; a Boulogne-sur-Mer, le Dr Douglas-Aigre, républicain; à Châteauneuf (Loiret), M. le Dr Viger, député, ancien ministre de l'agriculture, républicain radical; à Saint-Sauveur (Yonne), le Dr Merlou, député, républicain radical.

Association de la Presse médicale française. — *Comité national français d'Initiative et de Propagande du Congrès international de Médecine de Moscou.* (7/19-14/26 août 1897) (1). A la réunion du 1er mai dernier de l'Association de la Presse médicale, il a été décidé ce qui suit :

I. — Par les soins de l'Association de la Presse médicale, un Comité est institué sous la dénomination de : *Comité national français d'Initiative et de Propagande du Congrès international de Médecine de Moscou en 1897.*

Ce Comité a pour mission de mettre tout en œuvre pour assurer la participation de la France au Congrès de Moscou.

II. — Sont nommés membres de ce Comité : 1° MM. les Doyens de toutes les Facultés de Médecine de France; 2° M. le Président de l'Académie de Médecine; 3° Tous les membres de l'Association de la Presse médicale, présents à la réunion du 1er mai, MM. Blondel, Bardet, Bérillon, Bilhaut, Butte, Cézilly, Chervin, Chevallereau, Cornil, Delafosse, De Ranse, Doléris, Fournier, Gilles de la Tourette, Gourrichon, Gouguenheim, Gautier, Guelliot, Janicot, Leblond, Lutaud, Olivier, Natier, Valude, Baudouin (Marcel).

III. — Le Bureau du Comité, composé de M. le Pr Cornil, président, de MM. de Ranse et Cézilly, syndics, Marcel Baudouin, secrétaire, est chargé d'organiser la publicité nécessaire dans notre pays, de centraliser les cotisations, de s'entendre avec les Compagnies de chemins de fer et les Sociétés de voyages pour le transport des Congressistes, etc. (1).

IV. — Toutes les communications relatives aux travaux de ce Comité et toutes demandes de renseignements doivent être adressées à M. le Dr Marcel Baudoin, à l'Institut de Bibliographie scientifique, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

La mortalité à Paris. — Le service de la statistique municipale a enregistré pendant la 20e semaine 973 décès, chiffre identique à celui de la précédente semaine et très inférieur à la moyenne ordinaire 1105.

Les maladies épidémiques, moins rares, ont causé 60 décès au lieu de 38 pendant la 19e semaine et au lieu de la moyenne 83.

Sur ce nombre, la fièvre typhoïde a fait 6 victimes, chiffre identique à celui de la semaine précédente (au lieu de la moyenne 7), la rougeole, 30 au lieu de 11 et de la moyenne 31, a subi une aggravation notable; la scarlatine 2 décès chiffrd identique à celui de la semaine précédente, la diphtérie 11 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente, restant très inférieur au chiffre de la moyenne (respectivement 5 et 25), la coqueluche a causé, au lieu de 6, 9 décès, chiffre identique à la moyenne. On a signalé 2 décès par influenza mais aucun par typhus ou variole.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 31 décès au-dessous de 1 an, au lieu de 25 et de la moyenne 47.

En outre 31 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 127 décès (au lieu de 126 pendant la semaine précédente et au lieu de 150, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 13 décès (au lieu de la moyenne 21); bronchite chronique, 29 décès (au lieu de la moyenne 33); broncho-pneumonie, 30 décès (au lieu de la moyenne 37); pneumonie, 55 décès (au lieu de la moyenne 59). Les autres maladies de

(1) Se souvenir que le calendrier russe est le calendrier julien et qu'il est en retard de 12 jours sur le nôtre ou calendrier grégorien. — En conséquence, le Congrès commencera le 19 août, date française.

(1) Les médecins qui désirent voyager en Russie ont intérêt à apprendre à l'avance au moins les lettres de l'alphabet russe, pour pouvoir se servir des dictionnaires, se diriger dans les villes, lire le nom des rues, etc. : ce qui n'est pas aussi difficile que l'on se l'imagine. Au Secrétariat général de l'Association on trouvera d'ailleurs tous les renseignements désirables à ce sujet (méthodes de langues, grammaires, dictionnaires, etc.).

l'appareil respiratoire ont entraîné 49 décès, dont 36 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 212 décès (au lieu de la moyenne 198, la méningite tuberculeuse, 21 décès ; la méningite simple, 26; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 20 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 68 décès, et les maladies organiques du cœur, 58; le cancer a fait périr 47 personnes. Enfin, 36 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 12 suicides et 12 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 375 mariages.

On a enregistré la naissance de 1109 enfants vivants (562 garçons et 547 filles), dont 799 légitimes et 310 illégitimes. Parmi ces derniers, 45 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 295 enfants, dont 10 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 70 seront nourris au sein et 225 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 65 mort-nés, dont 48 légitimes et 17 illégitimes.

Nécrologie. — Le Dr MALLET, de Bordeaux, que la maladie tenait depuis quelques années éloigné de la clientèle. — Le Dr RAILLARD, de Dax (Landes), reçu en 1855. — Le Dr Prosper CAHEN, de Saint-Denis, décédé le 17 mai, à l'âge de 58 ans. — Le Dr BACHELET, de Lyon, décédé à l'âge de 78 ans. — Le Dr DUNAL, de Montpellier, reçu en 1855. — Le Dr Louis BRUMAUD DES HOUILLÈRES, de Gençay (Vienne), décédé le 19 avril.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants. — Par le Dr J. COMBY, médecin de l'hôpital Trousseau (1 volume de 820 pages, reliure d'amateur, 2e édition. Prix, 10 francs. Paris. 1896, Rueff et Cie, Editeurs). Cette deuxième édition d'un livre qui s'adresse aux étudiants et aux praticiens a été revue avec soin et considérablement augmentée.

Tel qu'il est actuellement, l'ouvrage forme un guide des plus utiles au chevet du malade ; car il donne non seulement l'indication des remèdes les plus employés, mais encore les principaux signes et les particularités cliniques des différentes maladies de l'enfance. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la table des matières pour juger du travail que l'auteur s'est imposé pour répondre à tous les desiderata de la pratique médicale des enfants.

Ablation immédiate de l'éperon à la scie de Bosvorth. Dix jours après, le père ramenait l'enfant absolument guéri de tout épiphora ; nous avons revu le malade à plusieurs reprises ; la guérison est définitive.

OBS. 2. — M..., 52 ans, est venu consulter pour un larmoiement rebelle, datant de plus de 2 ans, et occupant les deux yeux. Il a été soigné pendant plus de 2 mois par un spécialiste qui lui a incisé les canalicules inférieurs, l'a cathétérisé à plusieurs reprises, sans résultats.

Au contraire, le malade est actuellement plus tourmenté que jamais par son epiphora.

Pas de blepharo-conjonctivite notable ; pas de sécrétions agglutinatives le matin; larmoiement intermittent. Les injections pénètrent avec une facilité absolue dans le canal nasal; nous nous abstenons de tout cathétérisme.

Le malade, à l'interrogatoire, se plaint alors de moucher assez abondamment depuis un coryza consécutif à l'influenza; il a le nez facilement enchifrené; bouché la nuit.

Nous trouvons à l'examen les deux cornets inférieurs manifestement hypertrophiés, appuyant sur le plancher, et touchant à la cloison; bonne rétraction par la cocaïne.

Pulvérisations boriquées et vaseline mentholée. Au bout de 15 jours, larmoiement déjà moindre. Nous pratiquons alors sur chaque cornet une cautérisation profonde au galvanocautère d'arrière en avant. 3 semaines après, le malade pouvait sortir dans la rue sans éprouver aucune gêne, sauf si le vent était violent; et alors encore le larmoiement était minime.

Examen pour le grade de médecin auxiliaire, de médecin aide-major de réserve et de pharmacien, précédé d'une préface contenant les renseignements sur les convocations des dispensés de l'article 23. Questions posées par MM. les examinateurs, recueillies par André Lucas. — Prix: 1 fr. 25, Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Le venin des serpents, physiologie de l'envemination, thérapeutique des morsures venimeuses, par le sérum des animaux vaccinés, par le Dr A. Calmette, directeur de l'institut Pasteur de Lille. — Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Clinique des maladies du système nerveux, par F. RAYMOND, professeur de clinique des maladies nerveuses Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpétrière. Un beau vol. grand in-8° de 660 pages, avec 103 fig. et 2 planches en couleur, 16 fr. — Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

Traitement des endométrites et des salpingites au début, par les vapeurs médicamenteuses. (Communication faite au Congrès gynécologique de Bordeaux, séance du 8 août 1895), par le Dr SORDES (de Paris), lauréat de l'Académie de médecine. (Prix de l'Académie 1884). Un vol. in-12 de 40 pages, 1 fr. — Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

Un médecin italien de la fin du XVIIe siècle : Georges Baglivi, par le Dr Paul FABRE, de Commentry, in-8° 16 p. Paris, G. Steintheil 1896.

VIN AROUD (viande et quina). — **Médicament régénérateur** représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des intestins.**

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies. 1 fr. 50 dans les Pharmacies**

PILULES **rhéo-ferrées VIGIER** spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.